

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST-GRADO

**Factores de riesgo asociados al abandono del
tratamiento antituberculoso en pacientes en
retratamiento, en el distrito La Victoria periodo 2003 -
2007**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública

AUTOR

Wilfredo Vargas Onofre

Lima - Perú

2012

DEDICATORIAS.

En especial a mis tres amores que siempre me acompañan en el día a día que son: Mi adorada esposa Liliana y mis maravillosas hijas Valery y Milagros, quienes con sus caricias y sus sonrisas iluminan mi existencia haciéndome sentir que la vida es hermosa y convierten mi hogar en un espacio celestial.

A mi ejemplar padre que hoy descansa en el cielo, que en el transcurso de su vida supo impartir los valores y las enseñanzas que guiaron mi actitud de vida, y por eso le estaré eternamente agradecido.

A mi Madre cuya paciencia y comprensión fue un incentivo para continuar por el sendero de la lucha por lograr mis metas trazadas como profesional de la salud y así servir a la sociedad con un gran compromiso y sensibilidad hacia los demás.

A mis hermanos cuyo aliento estuvo presente en cada etapa de mi vida y en cada escala profesional que logré recibiendo siempre de ellos un gran respaldo y respeto que consolida mi gratitud hacia ellos.

Una dedicatoria especial a mi hermana Judith que esta a lado de nuestro padre celestial y que desde donde está, vigila mi desarrollo personal y profesional, pues en vida siempre se preocupó por que me esforzara para ser un profesional de la salud con convicción de servicio a la sociedad y mitigar las dolencias de aquel que lo necesitara.

RECONOCIMIENTO

ASESOR:

Dr. Eduardo Ticona Chávez

Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales del
Hospital Nacional Dos de Mayo

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Eduardo Ticona Chávez, por sus experimentados conocimientos en el tema de tuberculosis los mismos que fueron un gran aporte en la realización y culminación de este estudio que contribuirá a ampliar los conocimientos en el tema de TBC.

A mi amigo Felix Konrad Llanos Tejada Neumólogo del Hospital Nacional Dos de Mayo, quien con sus calificados conocimientos en Tuberculosis y estadística de investigación supo ilustrarme y conducirme generosa y adecuadamente en la realización del presente estudio.

Al personal de Salud de la Estrategia Sanitaria Local de Prevención y Control de TB, de los Centros de Salud del distrito de La Victoria:

- Centro de Salud El Pino.
- Puesto de Salud CLAS El Pino.
- Centro de Salud San Cosme.
- Centro de Salud El Porvenir.
- Centro de Salud Max Arias Shereiber.

Así mismo a la Dirección y la ESR-PCT de la DISA V Lima Ciudad y la Red Lima Ciudad.

INDICE

	Pag.
Dedicatoria.....	ii
Reconocimiento.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Indice de contenidos.....	v
Resumen.....	viii
Abstract.....	xi
CAPITULO I: MARCO REFERENCIAL.....	1
CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS.....	17
CAPITULO III: RESULTADOS.....	25
CAPITULO IV: DISCUSIÓN.....	40
CAPITULO V: CONCLUSIONES.....	47
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	

Lista de Cuadros

1.	Consumo de Alcohol.....	29
2.	Consumo de Drogas.....	29
3.	Enfermedad Asociada.....	30
4.	Conocimientos sobre la enfermedad de TBC.....	30
5.	Esquemas anteriores de TBC que le administraron.....	31
6.	Sensación de bienestar al momento del tratamiento.....	31
7.	Sensación de falta de eficacia durante el Tratamiento.....	32
8.	Co-morbilidad VIH/SIDA.....	32
9.	Temor al señalamiento y rechazo.....	33
10.	Percepción de la Estrategia de PCT del establecimiento.....	33
11.	Duración del tratamiento.....	34
12.	Cantidad de medicamentos administrados al paciente.....	34
13.	Incomodidad por las inyecciones.....	35
14.	Reacciones adversas a fármacos Anti-TB (RAFA).....	35
15.	Apoyo familiar cuando presentó la enfermedad.....	36
16.	Apoyo laboral cuando presentó la enfermedad.....	36
17.	Apoyo social (amigos) cuando presentó la enfermedad.....	37
18.	Posibilidad de acudir al Centro de salud.....	37
19.	Adecuada relación con el personal de salud del Centro de salud..	38
20.	Adecuada relación con el Médico de salud del Centro de salud.....	38
21.	Adecuada atención y la organización del Centro de Salud.....	39

Lista de Gráficos.

1. Característica de la Población: Edad..... 25
2. Característica de la Población: Sexo..... 26
3. Característica de la Población: Grado de instrucción..... 27
4. Característica de la Población: Estado Civil..... 28

RESUMEN

El Objetivo General del presente estudios es: Determinar los factores de riesgo que están asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento del Distrito La Victoria en el periodo 2003 - 2007.

Metodológicamente la presente Investigación es un estudio retrospectivo de casos y controles.

Se considerará Los factores que influyen en los pacientes que abandonen el tratamiento antituberculoso, por lo tanto se tendrá un grupo de estudio de casos y otro grupo de estudio de controles.

De acuerdo a la estadística de la DISA V Lima Ciudad, 487 pacientes ingresaron en el periodo 2003 al 2007 a esquemas de retratamiento antituberculoso en los establecimientos de salud del Distrito de la Victoria de la Red Lima de los cuales aproximadamente 126 pacientes abandonaron el retratamiento (grupo de casos) y 246 pacientes egresaron del retratamiento como curados (grupo de control).

De los 126 pacientes que abandonaron el retratamiento se encuestó a 46 pacientes, de los 246 pacientes que curaron se encuestó a 140 pacientes, es decir en total de los 372 pacientes previsto para el estudio **se entrevistaron a 186 pacientes**. Al resto de los pacientes no se logró realizar la encuesta por no ubicarlos en su domicilio, no aceptaron participar en el estudio, cambiaron de domicilio y en algunos casos el paciente había fallecido.

Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron los siguientes:

Los factores que tienen relación con un alto riesgo de abandono al retratamiento son: El paciente que consume alcohol tiene 4 veces

más riesgo de abandonar el tratamiento que aquellas que no consumen alcohol OR: 4.575 (1.757 – 11.907), el que consume drogas tiene 29 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no consumen drogas OR: 29.263 (3.549 - 241.280), la sensación de falta de eficacia durante el tratamiento representa 11 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no experimentan esta sensación OR: 11.188 (5.097 - 24.558), el paciente que siente temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad, tienen 13 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no experimentan esta sensación OR:13.210 (4.493 - 38.838)

Los factores que no están relacionados con el riesgo de abandono, por el contrario favorecen la adherencia al tratamiento

son: Los pacientes que tiene conocimientos sobre la enfermedad de TBC OR: 0.385 (0.151 - 0.985), la sensación de bienestar al momento del tratamiento OR: 0.229 (0.113 - 0.464), el apoyo familiar cuando presentó la enfermedad OR: 0.053 (0.018 - 0.153), el apoyo laboral cuando presentó la enfermedad OR: 0.182 (0.079 - 0.419), el apoyo social (amigos) cuando presentó la enfermedad OR: 0.105 (0.049 - 0.223), la adecuada relación con el personal de salud del Centro de Salud OR: 0.071 (0.030 - 0.167), la adecuada relación con el médico tratante del Centro de Salud OR: 0.076 (0.028 - 0.210), la adecuada atención y la organización del Centro de Salud, OR: 0.143 (0.065 - 0.325)

Los factores que no muestran relación con el riesgo de abandono

son: El paciente que presenta enfermedad asociada, paciente que le administraron esquemas anteriores de TBC, paciente que presentó comorbilidad VIH/SIDA, percepción buena o mala de la Estrategia de PCT del establecimiento, duración del tratamiento, la cantidad de medicamentos administrados al paciente, la incomodidad de la administración de los inyectables, las reacciones adversas a fármacos Anti-TB (RAFA) que se pueden presentar, posibilidad de acudir al Centro de Salud.

Las conclusiones que se considerarían en el presente estudio son: **Los factores relacionados con el paciente**, que ocasionan un alto riesgo de abandono al retratamiento son: El consumo de alcohol, consumo de drogas, sensación de falta de eficacia del tratamiento, temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad. Los factores que promueven la adherencia y evitan el abandono son: conocimientos sobre la enfermedad de TBC, sensación de bienestar al momento del retratamiento.

Los factores relacionados con el tratamiento, no representan riesgo de abandono al retratamiento y tampoco representan factores que promuevan la adherencia o eviten el abandono al retratamiento.

Los factores relacionados con el ambiente o entorno del paciente, tales como el apoyo familiar, el apoyo del entorno laboral y el apoyo social (amigos) resultaron ser factores que promueven la adherencia al retratamiento y evitan el riesgo de abandono al mismo.

Los factores relacionados con los establecimientos de salud, tales como la adecuada relación del paciente con el personal de salud y la buena atención así como la adecuada organización del establecimiento de salud son factores que favorecen la adherencia al retratamiento evitándose así el riesgo de abandono.

ABSTRACT

The General objective is To determine risk factors that are associated to abandon to TB treatment in patients with re-treatment of DISA V lima Ciudad.

The present study is a retrospective, of cases and controls. It will be considered the characteristics of patients who abandon the treatment, therefore there will be a case group and control group.

According to statistics of DISA V lima Ciudad, 487 patients entered to schemes of TB treatment once again in medical centers from La Victoria District de la Red Lima: 126 patients who abandoned re-treatment and 246 patients that were with this treatment and were cured are considered in this study as control group.

Surveys were done in 46 patients from the 126 patients who abandoned TB treatment and also for 140 patients from 246 ones that were cured. So, there were 372 programmed patients and surveys were made in 186 of them. The rest of them were not tested because they were not at home, or they did not want to collaborate, or change address and in some cases, patients died.

The obtained results presently study was the following ones: The factors that have relationship with a high risk of abandon to re-treatment were: The patient that consumes alcohol has 4 times more risk to abandon treatment than those who do not do that. OR: 4.575 (1.757 – 11.907), the one that has drug addiction has 29 times more risk to abandon re-treatment than those who do not do that OR: 29.263 (3.549 – 241.280, the sensation of lack of efficacy during treatment represents 11 times more risk to abandon re-treatment than those who do not feel this

sensation OR: 11.188 (5.097 – 24.558), the patient who has fear from being pointed and rejected has 13 times more risk to abandon re-treatment than those who don't feel this sensation OR: 13.210 (4.493 – 38.838).

The factors that have now relationship with risk of abandon help adherence to treatment and they are: patients who have knowledge about the disease TB OR: 0.385 (0.151 – 0.985), the sensation of well-being at moment of treatment OR: 0.229 (0.113 – 0.464), familiar support when patients were ill OR: 0.053 (0.018 – 0.153), job support when patients were ill OR: 0.182 (0.079 – 0.419), social (friends) support when patients were ill OR: 0.105 (0.049 – 0.223), the adequate relationship with workers from the medical center OR: 0.071 (0.030 – 0.167), the adequate relationship with medical doctor OR: 0.076 (0.028 – 0.210), the adequate attention and the medical center organization OR: 0.143 (0.065 – 0.325)

The factors that do not have any relationship with risk of abandon neither adherence are: the patient that presents associated disease, patients who have had previous TB schemes, patients who have comorbidity HIV/AIDS, perception of TB strategy, duration of treatment, the drugs amount administered to patients, fear from injectable, drug adverse effects (RAFA) and the choice to go to medical center.

The summations that you/they would be considered study presently are: The factors that have relationship to patients, that have high risk of abandon to re-treatment are: alcohol, drug addiction, sensation of being stigmatized, fear from being pointed and rejected when illness occurred. The factors that improve the adherence and prevent the abandon are: knowledge of infectious disease TB, well-being at the re-treatment moment.

The factors that have relationship with treatment are not responsible of risk of abandon to re-treatment and neither improve adherence or avoid the abandon to treatment.

The factors that have relationship with job environment, family support, job support and social support (friends) were the ones that improve adherence to re-treatment and prevent risk of abandon.

The factors that have relationship with medical centers: adequate relationship with patient and medical workers and the good attention also good organization are factors that improve the adherence to re-treatment avoiding risk of abandon.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

a.1 Problema Identificado

La Tuberculosis está incrementándose tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo debido al tratamiento inadecuado de los pacientes, la epidemia del VIH/SIDA, la resistencia a los fármacos antituberculosos, la ineficiencia de los programas de control, el deterioro de las condiciones socioeconómicas, el aumento de la pobreza en determinados grupos de población y la debilidad del apoyo político y económico. (15, 16)

A pesar de los importantes logros de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) a nivel nacional, existe preocupación por las Áreas de elevado riesgo transmisión de Tuberculosis (AERT-TB) de esta población con altas tasa de TBC, una de ellas es la DISA Lima Ciudad: Red Lima (EESS Distrito La Victoria). En la cual la característica encontrada en algunos pacientes con tuberculosis, es la renuencia para atenderse en los servicios de salud o en la irregularidad en el tratamiento, lo que muchas veces termina en el ABANDONO del mismo.

El abandono al tratamiento antituberculoso es responsable de la disminución de la eficiencia en un esquema de tratamiento. Se afirma que cuando el porcentaje de abandonos supera el 5%, existe una

deficiencia atribuible a la calidad de atención en el servicio; si el porcentaje de abandonos es menor al 5%, los problemas estarían principalmente en el paciente. Se registra, de otro lado, una variación importante en el porcentaje de abandono de acuerdo al tipo de esquema evaluado y cuando recibió tratamiento previo, la condición de egreso a dichos esquemas. (31)

El informe de la ESNPC-TB del 2008 muestra que el estudio de Cohorte del 2007 del esquema I, el porcentaje de curados en la DISA Lima Ciudad es menor (81.9%) al promedio Nacional (91.8%) y el **porcentaje de abandonos es elevada (9.4%)** en relación al promedio Nacional (3.7%), lo que nos estaría indicando una disminuida eficiencia en el tratamiento en la DISA Lima Ciudad.

Asimismo, la eficiencia de cada uno de los diferentes esquemas podría tener un rol importante en el porcentaje de abandono. De la información epidemiológica se desprende que entre los que fracasaron al esquema uno y que recibieron de manera seguida un esquema secundario (Esquema Dos), la eficiencia en la cohorte del 2007 fue menor a la obtenida con el esquema primario; se observa que el porcentaje de abandonos se incrementó en comparación con los que abandonaron a un esquema primario. Mención especial merece el grupo de aquellos que ingresan como abandonos recuperados a una terapia de retratamiento; el porcentaje de abandonos es significativamente mayor. (16)

En el informe de la ESNPC-TB del 2008, respecto a los retratamientos menciona las siguientes estadísticas: casos aprobados para iniciar retratamiento: 1841, de los cuales 1074 son TB MDR y 1451 cuentan con prueba de sensibilidad y cuentan con tratamiento individualizado. Los resultados de la cohorte de tratamiento individualizado muestra: Curados: 69%, Abandonos: 16%.

Por lo tanto el abandono al tratamiento antituberculoso, es un hecho muy grave, por que este paciente estará diseminando la enfermedad en su entorno familiar y social, la gravedad se incrementa aún más si se encuentra en un esquema de retratamiento, por que esto significaría que se trata de un paciente TB-MDR prioritariamente.

Además el abandono a un esquema de retratamiento; estaría facilitando la ampliación de resistencia a nuevas drogas por lo que nuevos esquemas disminuirían su eficacia en el tratamiento de los pacientes, así como a otros miembros de la comunidad a los cuales dicho paciente ha sido la fuente de infección. Dependiendo del esquema que recibe pudieran formar cepas extremadamente drogo resistentes (TB XDR)

Por estas razones este estudio busca conocer los factores que están asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, para contribuir a disminuir las tasas de abandono, incrementar la eficiencia del retratamiento antituberculoso y disminuir los riesgos en la Salud Pública. (31).

a.2 Formulación del Problema.

¿Cuales son los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, en el distrito la victoria periodo 2003 – 2007?

b. Fundamentos: Marco teórico.

b.1. Aspectos Generales

b.1.1. Tuberculosis

Es una enfermedad infecto contagiosa aguda o crónica producida en el hombre, principalmente por el *Mycobacterium tuberculosis* y

Mycobacterium bovis. Usualmente compromete el pulmón, pero puede virtualmente producir enfermedad en cualquier órgano o sistema. (24)

b.1.1.1 Tuberculosis Pulmonar.

La tuberculosis pulmonar temprana en general es asintomática. Cuando es sintomática, la tos es el síntoma más común, inicialmente es no productiva y cuando aparece esputo indica enfermedad avanzada con inflamación y necrosis tisular. El esputo mucopurulento es inespecífico en sus características y puede tornarse hemoptoico por vaciamiento de una caverna o erosión endobronquial. (11)

Los signos a la auscultación del tórax son: Crépitos sibilancias, signos de consolidación o derrame pleural lo que van a depender del tipo y extensión de la enfermedad y son inespecíficos, pudiendo estar ausentes aún en enfermedad avanzada. Radiológicamente no hay imagen característica de TBC, se pueden encontrar cavitaciones, infiltrados, engrosamientos pleurales, ensanchamiento mediastinal, derrames pleurales, consolidación neumónica, etc. (10)

b.1.1.2 Tratamiento.

Los medicamentos de primera línea esenciales para el tratamiento de la TBC son: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomina. Se tienen en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: Capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia.

Los medicamentos antituberculosos poseen estas propiedades en grados diferentes. La isoniacida, rifampicina y pirazinamida son los medicamentos bactericidas más potentes, activos contra todas las poblaciones de bacilos tuberculosos.

La isoniácida (H) actúa sobre poblaciones de multiplicación continua; la rifampicina (R) interfiere duplicación del material genético del *Mycobacterium tuberculosis*; la pirazinamida (Z) es activa en medio ácido contra los bacilos que se encuentran en el interior de los macrófagos. Debido al hecho de que estos tres medicamentos (isoniácida, rifampicina y pirazinamida) pueden eliminar al bacilo en cualquier localización extra o intracelular, se les conoce como el núcleo básico del tratamiento antituberculoso. La estreptomycin (S) tiene también propiedades bactericidas contra ciertas poblaciones de bacilos tuberculosos, es activa contra los que se encuentran en fase de multiplicación extracelular rápida. El etambutol (E) es un fármaco bacteriostático que se asocia a medicamentos bactericidas más potentes para evitar la emergencia de bacilos resistentes.

b.1.1.2.1 Esquemas de tratamiento antituberculoso diferenciados

Para todo caso de tuberculosis, antes de iniciar el tratamiento deberá definirse lo siguiente:

- Condición bacteriológica inicial por baciloscopía o cultivo.
- Antecedente de tratamiento previo.
- Localización de la enfermedad: Pulmonar o extrapulmonar.
- Gravedad y pronóstico de la enfermedad.

La identificación de diferentes categorías de enfermos conduce a la utilización de esquemas terapéuticos diferenciados para:

Enfermos nuevos con bacteriología positiva y formas extrapulmonares severas.

Enfermos antes tratados con bacteriología positiva (recaídas y abandonos recuperados).

Enfermos nuevos de formas paucibacilares y extrapulmonares de menor severidad.

b.1.1.3 Retratamiento

Como su propio nombre indica, el término retratamiento en tuberculosis se refiere a la instauración de una pauta terapéutica en un enfermo que ya ha sido tratado, con anterioridad, con fármacos antituberculosos. Es por ello que son pacientes que ya han tenido la oportunidad de recibir un tratamiento y de haberse curado de la enfermedad. De modo que la gran mayoría de las veces que hay que enfrentarse a un retratamiento es porque se han producido errores en la instauración o administración o en la adherencia de una pauta terapéutica previa.

De esta manera, y de forma simplista, se podría llegar a decir que "el mejor retratamiento debería haberse desarrollado varios años antes, con la instauración, administración o garantizando una adecuada adherencia de un buen tratamiento inicial". De esta afirmación sólo se excluirían los casos de recaída de la enfermedad. Por lo tanto, para intentar disminuir al máximo el número de pacientes que tengan que ser sometidos a retratamiento, deberá garantizarse las siguientes premisas fundamentales y de autentica importancia: ofrecer esquemas de tratamiento inicial adecuados al perfil de sensibilidad, realizar una supervisión estricta de la toma de medicación y velar por la adecuada adherencia del paciente.

En cualquier caso, en muchas ocasiones, el retratamiento de la tuberculosis es la última oportunidad que se tiene de poder curar al enfermo, sobre todo en países con escasos o medios recursos económicos, donde la disponibilidad de fármacos de segunda línea es menor. Por este motivo, los esquemas de retratamiento deben ser siempre razonados por expertos en el tema, incluso aquellos que se administran de forma estándar en condiciones de Programa Nacional de Tuberculosis. (8)

b.1.1.3.1 Esquema de retratamiento Estandarizado para tuberculosis multidrogorresistente: EZKnCxEthCs/ EZCxEthCs.

Esta indicado para:

Pacientes con tuberculosis pulmonar bacteriológicamente positiva que han ingresado como nuevos, fracasan al esquema uno en condiciones de tratamiento regular y supervisado, y tienen cultivo positivo como confirmación del fracaso.

Pacientes con tuberculosis Pulmonar bacteriológicamente positiva que han ingresado como recaídas o abandonos recuperados, fracasan al esquema dos en condiciones de tratamiento regular y supervisado, y tienen cultivo positivo como confirmación del fracaso.

La indicación de este esquema de retratamiento es de responsabilidad del Comité de Evaluación de Retratamientos intermedio (CERI) de cada DISA. (16)

b.1.1.3.2. Retratamiento individualizado para Tuberculosis Multidrogorresistente .

Esta indicado para:

Pacientes que fracasan al esquema de retratamiento estandarizado para TBC-MDR.

Pacientes que recaen luego de haber recibido exitosamente un retratamiento estandarizado para TB-MDR.

El retratamiento individualizado para TB-MDR incluirá la mayor cantidad de medicamentos antituberculosos de primera, segunda y tercera línea a los cuales la cepa del paciente sea sensible, de acuerdo a su más reciente prueba de sensibilidad. Tiene una duración

no menor a los 18 meses y podrá continuar hasta 36 meses, según recomendaciones internacionales.

La inclusión de pacientes en el retratamiento individualizado será de responsabilidad del Comité de Evaluación de Retratamiento Nacional (CERN), según procedimientos establecidos en las directivas nacionales. (15)

b.1.2 Tuberculosis Multidrogorresistente

b.1.2.1. Conceptos básicos.

La resistencia natural que presenta *M. tuberculosis* a los fármacos antituberculosos es una característica que ha acompañado a este microorganismo desde sus orígenes, por ello una de las primeras bases bacteriológicas del tratamiento antituberculoso para evitar la selección y consecuente aparición de cepas resistentes considera el uso de tres drogas como mínimo para un adecuado tratamiento.

Es necesario distinguir tres conceptos diferentes dentro de las resistencias.

Resistencia natural: Es aquella que presenta las cepas salvajes, como fruto de su multiplicación continua que hace que al alcanzar un determinado número de bacilos se produzca una mutación genética en un bacilo concreto, mutación que puede afectar específicamente al lugar donde interviene uno de los fármacos. Pero esta resistencia natural debe ser seleccionada por los fármacos para que se exprese fenotípicamente.

Resistencia adquirida o secundaria: Se produce por una mala terapéutica (monoterapia real o encubierta), que siempre tendrá detrás de sí una mala actuación por parte de la especie humana, bien por

parte del médico al prescribir un esquema inadecuado, o bien por el paciente al seleccionar la medicación que está tomando. Si un paciente portador de una resistencia adquirida contagia con sus bacilos resistentes a un paciente que previamente no ha tomado ningún tratamiento antituberculoso, le podrá ocasionar tuberculosis con una resistencia que, en este caso, se denomina primaria o inicial, por ser pacientes nunca antes tratados.

Resistencia múltiple a fármacos surge progresivamente en la comunidad, como consecuencia de lo mencionado anteriormente. Cuando esta resistencia compromete conjuntamente a isoniacida y a rifampicina se le reconoce como “multidrogo resistencia” (MDR), y cuando están ocasionando enfermedad en una persona se llama Tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR). La isoniacida y la rifampicina, son las drogas de primera línea mas importantes, por lo tanto la resistencia a ambas debilitan seriamente el esquema uno y dos. (25, 34)

Por lo tanto, las resistencias en tuberculosis son un fiel reflejo de una mala práctica en el tratamiento de esta enfermedad. La resistencia adquirida es una consecuencia directa de las malas terapéuticas, y/o mala adherencia, y la resistencia primaria es una clara evidencia de la transmisión de las cepas resistentes que existen en la comunidad.

b.1.2.2. Medidas básicas para ganar la batalla de las multirresistencias en tuberculosis.

Es probable que se haya supervalorado el futuro de esta epidemia de TB-MDR. Sin embargo, sí es cierto que curar un caso con MDR es tremendamente difícil y muy costoso (puede superar los \$ 10.000), lo que limita enormemente el uso de los fármacos de segunda línea en los países con escasos o medios recursos económicos, precisamente los que más afectados están por esta situación. Es por ello que para

intentar disminuir este importante problema en el mundo, habría que actuar en dos direcciones. La primera de ellas, ejecutando medidas preventivas que, en condiciones de PNT (Programa Nacional de Tuberculosis) eviten la aparición de más casos de TB-MDR (evitar que la piscina de los MDR se siga llenando). Y la segunda, como se ha expuesto, de intentar conseguir un banco básico de fármacos de segunda línea que permita ofrecer una curación a estos enfermos (intentar vaciar poco a poco la piscina). En cualquier caso, las mejores medidas deben orientarse a intentar disminuir el número de casos MDR que aparezcan en el futuro, pues *"incluso en países con elevados ingresos, se tarda menos en generar un caso de TB-MDR que en curarlo"*. Por todo ello, se han definido una serie de medidas básicas, a ejecutar en condiciones de PNT, que, si se aplicasen en su totalidad, estarían aportando la mejor lucha contra este problema, al evitar que se generen estos casos de difícil manejo y tratamiento.

Estas importantes medidas son las siguientes:

- *Implantar un buen PNT que abarque a todo el país y demuestre su efectividad a lo largo de los años.*
- *Utilizar tratamientos estandarizados de corta duración para todos los enfermos iniciales.* La efectividad de esta medida se ha demostrado en numerosos países y ciudades.
- *Recomendar tratamientos directamente supervisados.* Cuando estos se han aplicado en condiciones de PNT han demostrado su impacto sobre la reducción de las tasas de resistencia tanto en países con escaso recursos económicos, como en aquellos con recursos económicos medios, o muy elevados.
- *Utilizar los fármacos antituberculosos asociados en la misma tableta.* Como ya se ha expuesto, esto tiene como resultado que si el enfermo abandona el tratamiento, lo haga por completo y no se produzcan los

condicionantes para que se seleccionen los mutantes resistentes naturales.

- *Reducir al mínimo la influencia del sector privado en el tratamiento de la TB.* Por regla general, este sector privado tiende a no seguir los diseño del PNT, no suele entrar ni asistir a los planes de capacitación diseñados por el PNT y, con frecuencia, es caótico en la recomendación de tratamientos, que suelen ser más largos, caros e inadecuados.

- *Conseguir que el tratamiento sea completamente gratuito para el enfermo.* Esta es una de las premisas que debe exigirse previamente a instaurar un PNT, si se quiere asegurar su éxito. Si el enfermo debe pagar su medicación, probablemente lo comprará y la tomará solo mientras le duren los síntomas, sobre todo si sus recursos son mínimos, como suele ser lo más frecuente. Cuando el enfermo mejora, tiene una tendencia natural a abandonar la medicación, hecho que se incrementará si el enfermo debe pagar el tratamiento y no dispone de recursos. (6, 29)

b.1.3. Abandono al tratamiento.

b.1.3.1 Abandono

Paciente que no concurren a recibir su tratamiento por más de treinta (30) días consecutivos. (15)

b.1.3.2 Condicionantes

La respuesta terapéutica a la tuberculosis impone una carga pesada para quien lo sufre, principalmente. Esta se origina en lo prolongado y repetitivo de un tratamiento muy cargado de medicamentos y cuya

administración exige la asistencia diaria o muy frecuente al establecimiento.

Si bien desde una perspectiva médica las reacciones adversas a los fármacos suelen estar definidas en función de la severidad del daño orgánico, los efectos secundarios de la medicación cobran significancia en relación con la adhesión al tratamiento. La experimentación de molestias debido a la medicación, junto con la falta de información anticipada sobre las mismas, lleva en algunos casos ya sea al abandono de la terapia o a considerar esa posibilidad. El costo de los medicamentos para contrarrestar los malestares puede tener importancia en la evaluación de la constancia en el tratamiento, tratándose de población de muy limitados recursos económicos, en su mayoría. (31)

El cumplimiento o el abandono del tratamiento contra la TBC depende de una suma de factores como el conocimiento y las creencias del enfermo en torno a la TBC, sus expectativas de curación, los beneficios y/o perjuicios, que le ocasiona el proceso de tratamiento, la oportunidad e idoneidad del mismo, la calidad de atención recibida en el establecimiento, así como otros medios de apoyo o soporte efectivo, familiar y comunitario al momento de experimentar la condición de enfermo de TBC.

b.1.3.3 Consecuencias del abandono del tratamiento.

El problema del abandono del tratamiento anti-tuberculoso tiene connotaciones graves, como son el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de la endemia en la humanidad. En esta patología el paciente no puede alegar su autodeterminación a rehusar el tratamiento porque está exponiendo a las demás personas a

contraer el bacilo, pero tampoco se puede forzar al paciente a cumplir sin tener en cuenta y respetar los principios éticos.

Al estimular los mecanismos de resistencia bacteriana se complica el panorama de manejo ya que se aumenta el costo del tratamiento. La OMS considera que la farmacorresistencia del bacilo aumenta, tanto el costo, como la toxicidad de los medicamentos y la mortalidad de las personas que la desarrollan. Al abandonar el tratamiento hay reducción en las tasas de curación, aumento de recaídas, recidivas y aumento de la susceptibilidad del paciente a otras infecciones.

En resumen, la terapia inadecuada facilita la aparición de resistencia bacteriana que, sumada a la coinfección con el virus del VIH, puede incrementar la diseminación de la TBC multirresistente, aumentando la morbilidad y la mortalidad; lo cual la cataloga como una emergencia mundial de grandes dimensiones (23, 33).

b.2 Experiencias de investigación locales.

b.2.1

En la DISA. V. Lima Ciudad en el año 1994 la Lic. A.S. Celia Cabello Z. y Lic. Psc. Ruth Torres Uría realizaron el estudio "Perfil del paciente que abandona el tratamiento" encontraron los siguientes resultados:

- El 28% de pacientes no recibieron visita domiciliaria inmediata en la ausencia del tratamiento.
- Se determinó que el 73.3% de la población que abandonaron eran varones y el 26.6% eran mujeres.
- Los varones entre 21 y 40 años de edad representan el 66% de la población abandonadora, son farmacodependientes, con rasgos de personalidad psicopática.
- Paciente que tiene un alto grado de irresponsabilidad y cinismo, no soporta un tratamiento prolongado de gran compromiso para su

persona, lo que motivó conductas de abandono al promediar el 2do y 3er mes de tratamiento (56%).

- Generalmente estos pacientes son hijos de familia (59%) y no trabajan (24.7%) o son trabajadores eventuales (20%)
- Son las técnicas de Enfermería las que brindan mayor atención, confianza, y aceptación al paciente con tuberculosis.

b.2.2

En la Sub Región de Salud Callao, en los meses de Julio a diciembre de 1995, Lic. Nancy Córdova Chávez, Lic. Lucía Marcos Reyna realizaron el estudio "Factores socioeconómicos que influyen en el abandono del tratamiento del paciente con tuberculosis", cuyos resultados fueron los siguientes:

- De la población estudiada el 68.7% corresponde al sexo masculino y el 31.2% al sexo femenino.
- El 84% de la población que abandona el tratamiento es joven y se encuentra en edad productiva (18 a 45 años).
- El ingreso familiar promedio es de S/. 100.00.
- El 40.6% de la población estudiada se encuentra desocupada.
- El 62.5% de la población estudiada abandonó el tratamiento una sola vez y el 37.5% más de una vez.
- Con respecto a los motivos por lo que abandonaron el tratamiento el 62.5% sostiene que lo hicieron por que se sintieron mejor.
- Así mismo el 68.7% de la población que abandonó el tratamiento tiene problemas de consumo de drogas y alcohol.
- Existe una relación de causa y efecto entre los que abandonaron el tratamiento por más de una vez y los que consumen droga y alcohol.

b.2.3

En otro estudio realizado por la Soc. Sandra Vallenás Béjar, en el Año 2000 titulado: "Estudio Socioantropológico de la Tuberculosis en dos zonas de Alto Riesgo en Lima: San Cosme y el Agustino. Los resultados más destacables a los que llegaron son:

En relación a los enfermos y sus familiares

La renuencia a buscar, continuar o culminar el tratamiento antituberculoso por los enfermos esta asociado a:

- La calidad de las redes sociales de que forman parte.
- Las alteraciones en su dinámica social: familiar laboral, educativa.
- La duración y características propias del tratamiento, incluidas las reacciones adversas al mismo.
- El desconocimiento o conocimiento equivocado con respecto al proceso biológico de la enfermedad.
- La calidad de la relación proveedores-usuarios.
- Las expectativas con respecto a la efectividad y al tiempo de enfermedad.
- La estigmatización que rodea a la enfermedad tanto en el barrio, como en la propia familia, en el lugar de trabajo y en los establecimientos de salud.

En relación al personal de los servicios de salud.

- El Discurso del personal de los establecimientos que culpabiliza a los enfermos por la enfermedad e incluso por las reacciones adversas a los fármacos antituberculosos es transmitido a la comunidad - o compartido con ella - llegando a ser parte del "sentido común" que se constituye en uno de los factores que alimentan la discriminación.

En relación al programa de control de TBC.

- Las reacciones adversas encontradas han actuado en oportunidades, como factor coadyuvante a la irregularidad o abandono del tratamiento.
- El desconocimiento por el enfermo del proceso integral de la enfermedad estaría limitando su empoderamiento y subsecuente manejo apropiado de la misma.

1.2 HIPÓTESIS

El abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con retratamiento se debe a diferentes factores relacionados con el paciente, el tratamiento, el ambiente y con los servicios de salud.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

a) OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo que están asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con retratamiento en el distrito La victoria periodo 2003 – 2007.

b) OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar los factores relacionados con el paciente que contribuyen al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con retratamiento.
2. Determinar los factores relacionados con el tratamiento que contribuyen al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con retratamiento.
3. Determinar los factores relacionados con el ambiente que contribuyen al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con retratamiento.
4. Determinar los factores derivados de los servicios de salud que contribuyen al abandono del tratamiento antituberculoso en paciente con retratamiento.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.

Al conocerse cuales son los factores de riesgo para el abandono de retratamiento se puede diseñar las estrategias correspondientes para disminuir los porcentajes de abandono al retratamiento y así limitar sus consecuencias, tanto para el paciente y su entorno social.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

El Presente estudio pertenece a una Investigación aplicada de casos y controles.

2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente es un estudio retrospectivo de **casos y controles**.

Se considerará las características de los pacientes que abandonan el tratamiento antituberculoso, por lo tanto se tendrá un grupo de estudio de casos y otro grupo de estudio de controles.

2.2.1 Población y muestra.

2.2.1.1 Población de estudio.

Pacientes que ingresan a retratamiento antituberculoso en los Centros y Puestos de Salud del Distrito de La Victoria que corresponden a la Microrred 3, Red de Salud Lima Ciudad de la DISA V Lima Ciudad en el periodo 2003 al 2007.

De acuerdo a la estadística de la DISA V Lima Ciudad, los pacientes ingresados en el periodo 2003 al 2007 al retratamiento en los Establecimientos de Salud del Distrito de la Victoria de la Red Lima son: 487 pacientes, los cuales se distribuyen de la siguiente manera:

Tienen la Condición de Curados: 246 pacientes, tienen la condición de abandono: 126 pacientes, tienen la condición de

transferencia sin confirmar: 12 pacientes, tienen la condición de fracaso: 31pacientes, tienen la condición de fallecidos: 72 pacientes.

2.2.1.2 Muestra:

De los 126 pacientes que abandonaron el retratamiento **se encuestó a 46 pacientes**, de los 246 pacientes que curaron **se encuestó a 140 pacientes**, es decir en total de los 372 pacientes considerados para el estudio; **se entrevistaron a 186 pacientes**.

Los 186 pacientes restantes no se logró realizar la encuesta por no ubicarlos en su domicilio, no aceptaron participar en el estudio, cambiaron de domicilio y en algunos casos el paciente había fallecido, sobre todo en los casos que abandonaron el retratamiento.

2.2.1.3 Unidad de análisis:

Para el presente estudio la Unidad de análisis lo constituye cada paciente que abandonó el tratamiento y cada paciente que tiene la condición de egreso curado

2.2.1.4 Criterios de inclusión:

Grupo de casos.

Pacientes que ingresan a retratamiento antituberculoso y luego abandonan el mismo en los Centros y Puestos del Distrito de La Victoria que corresponden a la Red Lima de la DISA V Lima Ciudad en el periodo 2003 al 2007.

Grupo control.

Pacientes que ingresan a retratamiento antituberculoso y culminan el retratamiento en la condición de curados con indicación de alta Medicamentosa en los Centros y Puestos de Salud del Distrito de La

Victoria que corresponden a la Microrred 3, de Red de Salud Lima Ciudad de la DISA V Lima Ciudad en el periodo 2003 al 2007.

2.2.1.4 Criterios de exclusión.

- Historias clínicas incompletas o perdidas.
- Pacientes que no son ubicados en su domicilio
- Pacientes que no accedan participar en el estudio.

2.2.2 Tipo de muestreo

El muestreo será por conveniencia, se trabajó con personas seleccionadas según los criterios de inclusión.

2.2.3 Variables del estudio:

2.2.3.1 Variable independiente

Factores asociados

Factores relacionados con el paciente:

Consumo de Alcohol: Paciente que consumió alcohol por lo menos una vez por semana, durante el tratamiento anti-TB.

Consumo de Drogas: Paciente que consumió sustancias psicoactivas, durante el tratamiento anti-TB.

Enfermedad Asociada: Paciente que padece de alguna enfermedad crónica.

Conocimiento de la enfermedad: Paciente que tenía información sobre la enfermedad y el proceso de esta durante el tratamiento.

Numero de esquemas anteriores: Paciente que recibió esquemas de tratamiento anti-tuberculosis.

Sensación de bienestar al momento del tratamiento: Paciente que experimentó sensación de bienestar durante el tratamiento.

Sensación de falta de eficacia: Paciente que experimentó sensación de falta de eficacia durante el tratamiento.

Co-morbilidad: Paciente que presenta la infección del VHI ó que esté en fase SIDA.

Temor al señalamiento y rechazo: Paciente que percibe el señalamiento y rechazo por la familia y su entorno social al que pertenece.

Percepción de la Estrategia Sanitaria Local de PCT del establecimiento. Percepción del paciente respecto a la organización del sistema de la Estrategia Sanitaria Local (establecimiento) de Prevención y control de Tuberculosis (ESL-PCT)

Factores relacionados con el tratamiento:

Duración del tratamiento: Tiempo que demora el tratamiento de anti-TBC.

Cantidad de medicamentos: Número de medicamentos que recibió el paciente durante el tratamiento anti-TBC

Incomodidad por las inyecciones: Molestia que presentó el paciente por la administración de inyectables durante el tratamiento anti-TBC.

Reacciones Adversas a Fármacos Anti-TB (RAFA): Paciente que presentó Reacción Adversa a Fármacos Anti-TBC, durante el tratamiento.

Factores relacionados con ambiente.

Ambiente (Apoyo) Familiar: Paciente que fue apoyado por la familia durante el proceso de su tratamiento. La familia se preocupó por su enfermedad.

Ambiente (Apoyo) laboral: Paciente que fue apoyado por su entorno laboral durante el proceso de su tratamiento. Sus compañeros le expresaron su apoyo.

Ambiente (Apoyo) social: Paciente que fue apoyado por su entorno social (amigos) durante el proceso de su tratamiento. Recibió expresiones de apoyo de sus amigos durante su tratamiento

Factores derivados de los servicios de salud.

Accesibilidad física al centro de salud (Posibilidad): Paciente que experimentó accesibilidad física (no presentó dificultades para acudir al establecimiento de salud).

Relación del paciente y el personal de salud: Paciente que sostuvo una adecuada relación interpersonal con el personal de salud del establecimiento de salud.

Relación del paciente con el Médico de ESL-PCT del establecimiento: Paciente que sostuvo una adecuada relación interpersonal con el Médico tratante de la ESL PCT del establecimiento de salud.

Organización de los servicios de Salud: Percepción de el paciente respecto a la organización del establecimiento de salud en general.

2.2.3.2 Variable dependiente.

Abandono de tratamiento antituberculoso: Paciente que se ausenta a la administración de su tratamiento por un lapso mayor de 30 días.

2.2.3.3 Variables Intervinientes

Edad: Número de años cronológicos del/la paciente

Sexo: Diferenciación de género del/la paciente

Grado de instrucción: Nivel instrucción educacional del/la paciente.

Estado Civil: Situación conyugal legal del/la paciente

2.3 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

2.3.1 Plan de recolección de datos.

Se solicitó autorización de la Dirección General de la DISA V Lima - Ciudad, Red Lima Ciudad, luego se coordinó con los jefes de Centros y Puestos de Salud, para que nos faciliten las historias clínicas y las direcciones de los pacientes que culminaron el tratamiento en la condición de Curado y de los que abandonaron el retratamiento. Posteriormente se realizó la recolección de los datos de las historias clínicas en un instrumento, luego se realizó la búsqueda de los pacientes en sus domicilios, para que a través del método de la encuesta se ejecute la técnica de entrevista y aplicar el instrumento, elaborado para efectos de la investigación, el cual fue previamente validado de acuerdo a los estándares correspondientes e incluso fue revisado por el Comité de Ética del Hospital Nacional Dos de Mayo, fue un formato de preguntas, dicho instrumento fue elaborado de acuerdo a las diferentes variables, las mismas que estaban relacionadas a los objetivos del proyecto de investigación, este instrumento fue llenado en forma correcta y completa.

2.3.2 Plan de tabulación.

Se realizó el análisis del instrumento aplicado a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, en el periodo de 2003 al 2007.

Del instrumento elaborado, en el que se ha registrado los datos correspondientes al estudio se consideró la totalidad de los datos consignados, así mismo se estructuró un cuadro comparativo de acuerdo a los resultados encontrados para establecer las diferencias en cada grupo de estudio. Se creó una base de datos con todas las variables consideradas en el instrumento.

2.3.3 Plan de análisis

Se realizó el Procesamiento de acuerdo a las siguientes Fases:

- a. Revisión de los datos, para examinar en forma crítica cada uno de los formularios a fin de hacer las correcciones necesarias.
- b. Codificación de datos, Se codificó los datos en la etapa de recolección transformando los datos en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en cada variable.
- c. Clasificación de los datos, se clasificó según codificación y valoración de cada variable identificada en el estudio.
- d. Procesamiento de los datos. Se ha seleccionado el programa estadístico Para ello se utilizó el programa Epi-info, con el fin de facilitar el análisis requerido, se estableció a través del uso de cuadros comparativos.
- e. Los resultados obtenidos, se calculó los OR (Odds Ratio) para establecer si existe beneficio o riesgo de cada una de las variables en función a los casos y controles, luego se elaboró un cuadro comparativo estableciendo las diferencias entre los casos y controles consignándose el intervalo de confianza en cada una de las variables.
- f. Verificación o convalidación.
- g. Finalmente se realizó las conclusiones respectivas de acuerdo a los resultados obtenidos y se describió las sugerencias correspondientes para mejorar la situación del abandono al retratamiento antituberculoso en la DISA V Lima Ciudad.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS.

Durante el desarrollo se consideró los aspectos éticos: Previamente el consentimiento informado fue revisado por el comité de ética del Hospital Nacional Dos de Mayo, para lo cual se presentó el documento completo del proyecto de investigación el mismo que sería evaluado en su integridad con el consentimiento informado incluido de tal manera

que los pacientes que e ingresaron al estudio fueron respetados por su condición de ser seres humanos, los datos del estudio son confidenciales, para lo cual se les registró y conservará la información con la debida discreción. Por la naturaleza del estudio antes de aplicar la encuesta del estudio se les solicitaba leer y firmar el consentimiento informado.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. Características de la población.

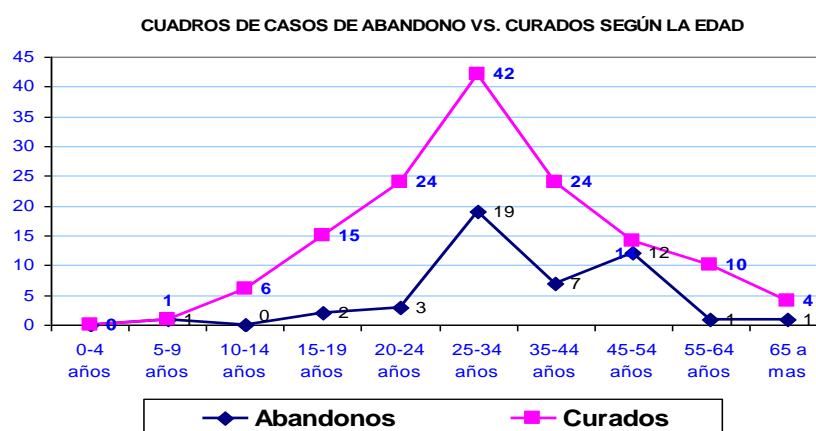
TABLA 1

Pacientes en retratamiento antituberculoso según la Edad
EDAD

Edad	Abandonos		Curados		Total
	Casos	%	Casos	%	
0-4 años	0	0%	0	0,0%	0
5-9 años	1	2,2%	1	0,7%	2
10-14 años	0	0,0%	6	4,3%	6
15-19 años	2	4,3%	15	10,7%	17
20-24 años	3	6,5%	24	17,1%	27
25-34 años	19	41,3%	42	30,0%	61
35-44 años	7	15,2%	24	17,1%	31
45-54 años	12	26,1%	14	10,0%	26
55-64 años	1	2,2%	10	7,1%	11
65 a mas	1	2,2%	4	2,9%	5
Total	46	100%	140	100%	186

GRAFICO 1

Pacientes en retratamiento antituberculoso según la Edad



Entre los 25 a 44 años se encuentran el 82% de pacientes que abandonaron el retratamiento y el 57% de los pacientes curados.

3.1.2. SEXO

TABLA 2

Pacientes en retratamiento antituberculoso según el Sexo

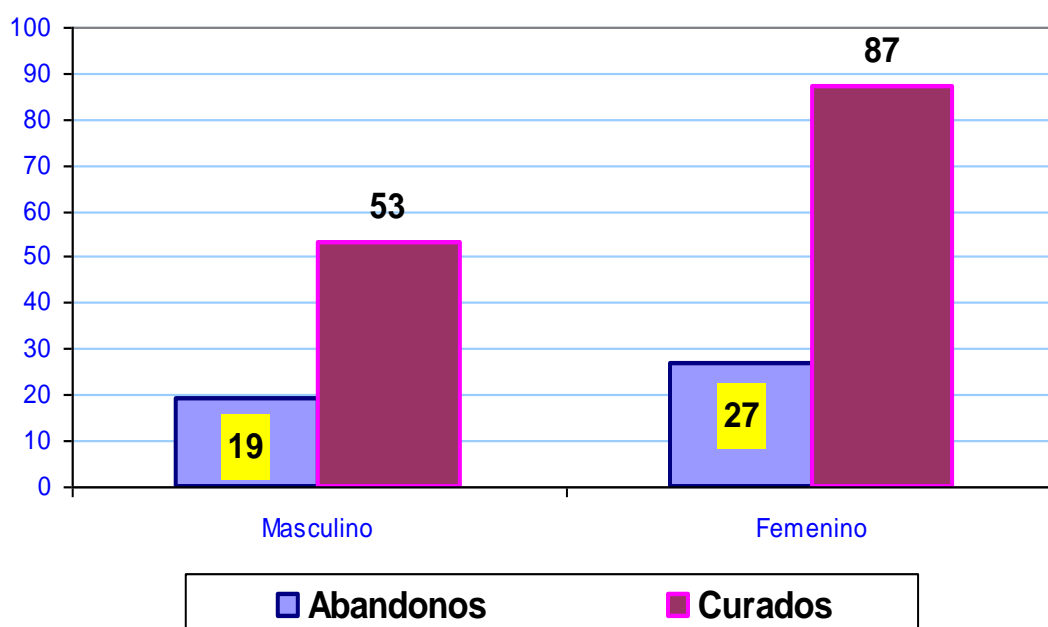
SEXO

SEXO	Abandonos		Curados		Total
	Casos	%	Casos	%	
Masculino	19	41.3%	53	37,9%	72
Femenino	27	58,7%	87	62,1%	114
Total	46	100%	140	100%	186

GRAFICO 2

Pacientes en retratamiento antituberculoso según el Sexo

CUADROS DE CASOS DE ABANDONO VS. CURADOS SEGÚN EL SEXO



En los pacientes que abandonaron el retratamiento, el 41.3% es de sexo femenino y el 58.7% es de sexo masculino. En los pacientes que curaron el 37.9% son de sexo femenino y el 62.1% es de sexo masculino.

3.1.3. GRADO DE INSTRUCCIÓN

TABLA 3

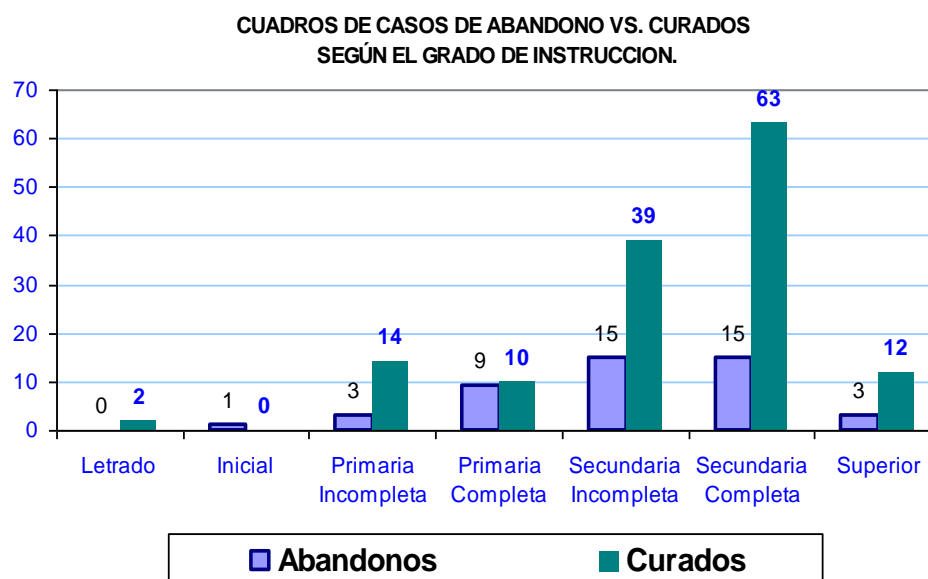
Pacientes en retratamiento antituberculoso según Grado de instrucción

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de Instruc.	Abandonos		Curados		Total
	Casos	%	Casos	%	
Letrado	0	0,0%	2	1,4%	2
Inicial	1	2,2%	0	0,0%	1
Primaria Incompleta	3	6,5%	14	10,0%	17
Primaria Completa	9	19,6%	10	7,1%	19
Secundaria Incompleta	15	32,6%	39	27,9%	54
Secundaria Completa	15	32,6%	63	45,0%	78
Superior	3	6,5%	12	8,6%	15
Total	46	100%	140	100%	186

GRAFICO 3

Pacientes en retratamiento antituberculoso según Grado de instrucción



El 32.6% de los pacientes que abandonaron el retratamiento y el 45% de los pacientes que curaron tienen Secundaria Completa.

3.1.4. ESTADO CIVIL

TABLA 4

Pacientes en retratamiento antituberculoso según Estado Civil

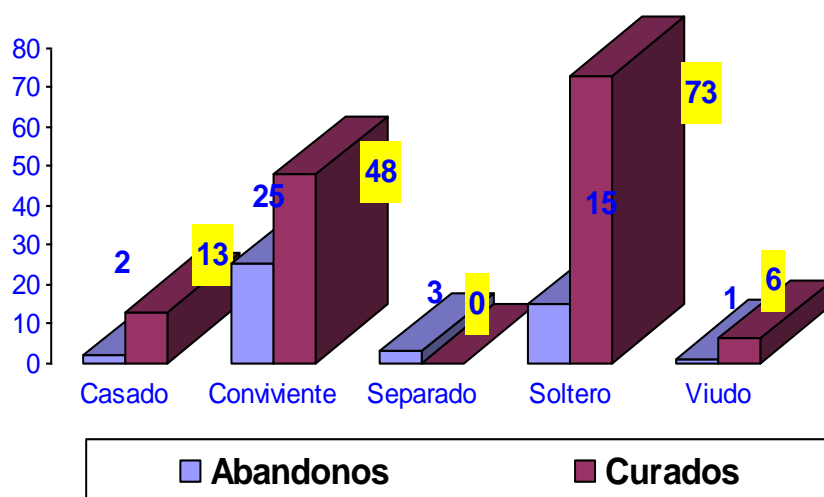
ESTADO CIVIL

Estado Civil	Abandonos		Curados		Total
	Casos	%	Casos	%	
Casado	2	4,3%	13	9,3%	15
Conviviente	25	54,3%	48	34,3%	73
Separado	3	6,5%	0	0,0%	3
Soltero	15	32,6%	73	52,1%	88
Viudo	1	2,2%	6	4,3%	7
Total	46	100%	140	100%	186

GRAFICO 4

Pacientes en retratamiento antituberculoso según Estado Civil

**CUADROS DE CASOS DE ABANDONO VS. CURADOS
SEGÚN EL ESTADO CIVIL**



El 54,3% de los pacientes que abandonaron el retratamiento son convivientes y el 52,1% de los pacientes que curaron son solteros.

3.2 Factores relacionados con el paciente:

Consumo de Alcohol.

Las personas que consumen alcohol durante el retratamiento antituberculoso tienen 4 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no consumen alcohol durante el retratamiento.

Cuadro 1

Consumo Alcohol			
	+	-	
ABANDONO	11	35	46
CURADO	9	131	140
	20	166	186

	OR (IC 95%)		
Consumo de Alcohol	4.575	(1.757 – 11.907)	P < 0.05

Consumo de Drogas.

Las personas que consumen drogas durante el retratamiento antituberculoso tienen 29 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no consumen drogas durante el retratamiento.

Cuadro 2

Consumo Drogas			
	Si	No	
ABANDONO	8	38	46
CURADO	1	139	140
	9	177	186

	OR (IC 95%)		
Consumo de Drogas	29.263	(3.549 - 241.280)	P < 0.05

Enfermedad Asociada

El presentar una enfermedad asociada no presenta relación con el riesgo de abandonar el retratamiento.

Cuadro 3

	Enfermedad Asociada		
	+	-	
ABANDONO	6	40	46
CURADO	14	126	140
	20	166	186

	OR (IC 95%)		
Enfermedad Asociada	1.350	(0.487 - 3.745)	P < 0.05

Conocimientos sobre la enfermedad de TBC

Los conocimientos que tiene el paciente sobre la enfermedad de la Tuberculosis resulta ser un factor protector o que promueve la continuidad del retratamiento.

Cuadro 4

	Conocimiento de TB		
	+	-	
ABANDONO	37	9	46
CURADO	128	12	140
	165	21	186

	OR (IC 95%)		
Conocimientos de TB	0.385	(0.151 - 0.985)	P < 0.05

Esquemas anteriores de TBC que le administraron al paciente.

El haber recibido indicación de tratamientos anteriores de Tuberculosis no representa ser un factor de riesgo, ni protector de abandonar el retratamiento.

Cuadro 5

	OR (IC 95%)		
Esquemas Previos TB	0.601		P < 0.05

Sensación de bienestar al momento del tratamiento

La sensación de bienestar durante el retratamiento que siente el paciente con la enfermedad de Tuberculosis no es un factor de riesgo para el abandono del retratamiento por el contrario resulta ser un factor protector o que promueve la adherencia al retratamiento.

Cuadro 6

	Sensación de Bienestar		
	+	-	
ABANDONO	21	25	46
CURADO	110	30	140
	131	55	186

	OR (IC 95%)		
Sensación de bienestar	0.229	(0.113 - 0.464)	P < 0.05

Sensación de falta de eficacia durante el Tratamiento

Las personas que experimentan la sensación de falta de eficacia del medicamento durante el retratamiento presentan 11 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no experimentan esta sensación de falta de eficacia durante el retratamiento.

Cuadro 7

	Sensación Falta Eficacia		
	Si	No	
ABANDONO	35	11	46
CURADO	31	109	140
	66	120	186

	OR (IC 95%)		
Sensación falta de eficacia	11.188	(5.097 - 24.558)	P < 0.05

Co-morbilidad VIH/SIDA

Los pacientes que presentan Co-morbilidad VIH/SIDA no presentan relación con el riesgo de abandonar el retratamiento anti –tuberculoso.

Cuadro 8

	Comorbilidad VIH		
	+	-	
ABANDONO	2	44	46
CURADO	2	138	140
	4	182	186

	OR (IC 95%)		
Co-morbilidad VIH	3.136	(0.429 - 22.925)	P < 0.05

Temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad.

Las personas que experimentan la sensación de señalamiento y rechazo por parte de las demás personas de su entorno durante el retratamiento presentan 13 veces más riesgo de abandonar el retratamiento que aquellas que no experimentan esta sensación de señalamiento y rechazo durante el retratamiento.

Cuadro 9

	Temor al Rechazo		
	+	-	
ABANDONO	42	4	46
CURADO	62	78	140
	104	82	186

	OR (IC 95%)		
Temor al señalamiento y rechazo	13.210	(4.493 - 38.838)	P < 0.05

Percepción de la Estrategia de PCT (Programa de Control de Tuberculosis) del establecimiento

La percepción de las condiciones de la ESL-PCT del establecimiento sea, buena regular o mala no representan un riesgo para el abandono del retratamiento.

Cuadro 10

	OR (IC 95%)		
Percepción de Estrategia	0.965		P < 0.05

3.2. Factores relacionados con el tratamiento:

Duración del tratamiento

La duración del tratamiento que es prolongado no guarda relación evidente con el riesgo de abandono del retratamiento.

Cuadro 11

	Tratamiento Prolongado		
	+	-	
ABANDONO	45	1	46
CURADO	140	0	140
	185	1	186

	OR (IC 95%)		
Tratamiento Prolongado	0.000		P < 0.05

Cantidad de medicamentos administrados al paciente

La cantidad de los medicamentos que se administra al paciente no representa riesgo evidente del abandono del retratamiento.

Cuadro 12

	Demasiados Medicamentos		
	+	-	
ABANDONO	46	0	46
CURADO	133	7	140
	179	7	186

	OR (IC 95%)		
Cantid. de medicamentos	0.000		P < 0.05

Incomodidad por las inyecciones.

La incomodidad de la administración de los inyectables por largo tiempo no representa ningún riesgo de abandono del retratamiento.

Cuadro 13

	Incomodidad por Inyectables		
	+	-	
ABANDONO	45	1	46
CURADO	134	6	140
	179	7	186

	OR (IC 95%)		
Incomodidad. por Inyectables	2.015	(0.236 - 17.191)	P < 0.05

Reacciones adversas a fármacos Anti-TB (RAFA)

La Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos (RAFA) que se pueden presentar durante el retratamiento, los mismos que son frecuentes en este tipo de pacientes no representan riesgo de abandono al retratamiento en el paciente.

Cuadro 14

	Presencia de RAFA		
	+	-	
ABANDONO	40	6	46
CURADO	118	22	140
	158	28	186

	OR (IC 95%)		
Presencia de RAFA	1.243	(0.471 - 3.283)	P < 0.05

3.3 Factores relacionados con ambiente.

Apoyo familiar cuando presentó la enfermedad

El apoyo familiar a la persona afectada de Tuberculosis no representa un factor de riesgo para el abandono del retratamiento por el contrario resulta ser un factor protector o que promueve la adherencia al retratamiento.

Cuadro 15

	Apoyo Familiar		
	+	-	
ABANDONO	27	19	46
CURADO	135	15	150
	162	34	196

	OR (IC 95%)		
Apoyo familiar	0.053	(0.018 - 0.153)	P < 0.05

Apoyo laboral cuando presentó la enfermedad

El apoyo emocional en el centro laboral de la persona afectada de Tuberculosis no es un factor de riesgo para el abandono del retratamiento por el contrario resulta ser un factor protector o que promueve la adherencia al retratamiento.

Cuadro 16

	Apoyo Laboral		
	+	-	
ABANDONO	8	38	46
CURADO	113	27	140
	121	65	186

	OR (IC 95%)		
Apoyo laboral	0.182	(0.079 - 0.419)	P < 0.05

Apoyo social (amigos) cuando presentó la enfermedad.

El apoyo social es decir prioritariamente del círculo de amistades de la persona afectada de Tuberculosis no representa un factor de riesgo para el abandono del retratamiento por el contrario resulta ser un factor protector o que promueve la adherencia al retratamiento.

Cuadro 17

	Apoyo Social		
	+	-	
ABANDONO	14	32	46
CURADO	133	7	140
	147	39	186

	OR (IC 95%)		
Apoyo social	0.105	(0.049 - 0.223)	P < 0.05

3.4 Factores derivados de los servicios de salud.

Posibilidad de acudir al Centro de salud.

La accesibilidad física al establecimiento de salud no representa un factor de riesgo ni es factor protector del abandono al retratamiento.

Cuadro 18

	Establecimiento Cercano		
	+	-	
ABANDONO	14	32	46
CURADO	133	7	140
	147	39	186

	OR (IC 95%)		
Est. Cerca de Domicilio	0.754	(0.187 - 3.046)	P < 0.05

Adecuada relación con el personal de salud del Centro de Salud.

La adecuada relación de la persona afectada por la tuberculosis con el personal de salud del establecimiento al que acude resulta ser un factor protector o que promueve la adherencia al retratamiento.

Cuadro 19

	Adecuada relación con Personal		
	Si	No	
ABANDONO	22	24	46
CURADO	130	10	140
	152	34	186

	OR (IC 95%)		
Adecuada Relac. Personal	0.071	(0.030 - 0.167)	P < 0.05

Adecuada relación con el Médico de salud del Centro de Salud.

La adecuada relación de la persona afectada por la tuberculosis con el Médico tratante del establecimiento al que acude no es un factor de riesgo para el abandono del retratamiento por el contrario resulta ser un factor protector o que promueve la adherencia al retratamiento.

Cuadro 20

	Relación con el Médico		
	Si	No	
ABANDONO	29	17	46
CURADO	134	6	140
	163	23	186

	OR (IC 95%)		
Adecuada relación Médico	0.076	(0.028 - 0.210)	P < 0.05

Adecuada atención y la organización del Centro de Salud.

La adecuada atención y la buena organización del establecimiento de salud resulta ser un factor protector o que promueve la adherencia al retratamiento.

Cuadro 21

	Adecuada Atención		
	+	-	
ABANDONO	25	21	46
CURADO	125	15	140
	150	36	186

	OR (IC 95%)		
Adecuada Atención	0.143	(0.065 - 0.325)	P < 0.05

CAPÍTULO IV

DISCUSION Y RESULTADOS.

4.1 Factores relacionados con el paciente:

Consumo de alcohol: En este aspecto se observa que las personas que consumen alcohol tienen más alto riesgo de abandonar el tratamiento. Orozco y cols encontraron un HR 2.96 (IC 95% 0.99 - 8.81) para abandono entre pacientes que consumían alcohol. Tanto la vagancia como el alcoholismo fueron asociados al abandono del tratamiento con 4 veces mayor riesgo de abandono frente a quienes no consumen alcohol (RR =4.2, IC 95% 2.4 - 7.4). En Cali se encontró que el consumo de alcohol estaba asociado al abandono (OR = 3.0 IC 95% 1.01- 8.55). En el presente estudio el paciente que consume alcohol presenta 4 veces mayor riesgo de abandono al retratamiento que aquel paciente que no consume alcohol OR: 4.575 (IC 95% 1.757 - 11.907). (21)

Consumo de drogas (sustancias psicoactivas) Al parecer los medicamentos interfieren con la euforia que el paciente siente mientras está bajo los efectos de los psicoactivos y a veces, las prioridades se invierten. En un estudio en Nueva York se encontró que el 10% de quienes usan drogas endovenosas y el 29% de quienes consumen cocaína abandonaron el tratamiento, frente al 2% entre quienes no usan drogas. Otro estudio en la misma ciudad mostró un RR de 3.1 (IC 95% 1.6-5.9) para abandono entre quienes consumen drogas. En el presente estudio el paciente que consume drogas presenta 29 veces mayor riesgo de abandono al retratamiento que aquel que no consume drogas OR: 29.263 (IC 95%. 3.549 - 241.280). (12)

Enfermedad asociada. Los pacientes con trastornos psiquiátricos, o impedimentos emocionales o físicos, como aquellos que sufren retardo mental, enfermedad de Alzheimer, incapacidad para digerir las píldoras, cuadriplejia, artritis severa o desórdenes musculares tienen un alto riesgo de abandonar el tratamiento. Además de las enfermedades mentales incapacitantes, la renuencia del enfermo a ingerir los medicamentos es una de las razones para abandonar. En el presente estudio la enfermedad asociada no representa un riesgo de abandono por que el OR no es significativo OR: 1.350 (IC 95% 0.487 - 3.745). (26)

Conocimientos sobre la enfermedad. La falta de conocimiento sobre la enfermedad lleva a los pacientes a tomar alternativas, entre ellas, a abandonar el tratamiento. Morisky informó que con un programa educativo había aumentado la adherencia de 38 a 68%. En Cali, el desconocimiento de la enfermedad estaba asociado al abandono (OR 3.4; IC 95% 1.28 - 9.17). Sumartojo en su revisión encontró que los pacientes adherentes conocían más sobre síntomas como fiebre, tos, pérdida de peso, anorexia, gravedad de la enfermedad e importancia de tener comportamientos saludables como buena nutrición y cumplimiento de citas médicas; mientras que los pacientes no adherentes no conocían bien la enfermedad ni el tratamiento, no sabían porque se tenían que tomar el fármaco y tampoco si éstos eran o no eficaces; no sabían los efectos adversos de interrumpir el tratamiento, ni el pronóstico de la enfermedad. En el presente estudio el tener conocimientos sobre la enfermedad resulto ser un factor que promueve la adherencia al tratamiento. OR: 0.385 (IC 95% 0.151-0.985). (18)

Esquemas anteriores. Tal vez el hecho de haber experimentado la administración de esquemas anteriores podría de alguna manera influir en el riesgo de abandono del tratamiento, en el presente estudio no representa riesgo el haber recibido esquemas anteriores con un OR: 0.601 (IC 95%). (19)

Sensación de bienestar al momento de tratamiento. Cuando se empieza el tratamiento y la remisión de los síntomas se hace evidente, el paciente tiene una sensación de bienestar y considera que ya no es importante continuar con el tratamiento, por lo tanto abandona si no sabe o no ha percibido la importancia de terminar el tratamiento y las consecuencias de no hacerlo. En el presente estudio la sensación de bienestar resultó ser un factor que promueve la adherencia al tratamiento. OR: 0.229 (IC 95% 0.113 – 0.464). (32)

Sensación de falta de eficacia durante el Tratamiento. La sensación de la falta de eficacia del medicamento es un factor que incrementa el riesgo de abandono del tratamiento en el paciente con retratamiento , probablemente en razón de que al recibir el tratamiento estos pacientes aparentemente no experimentan mejoría tal vez por que los medicamentos demoran un tiempo prolongado para evidenciar la mejoría del paciente, en el presente estudio el paciente que presenta sensación de falta de eficacia durante el tratamiento presenta 11 veces la posibilidad de abandonar el retratamiento frente al paciente que no presenta esta sensación. OR: 11.188 (IC 95% 5.097 – 24.558). (1)

Co morbilidad VIH/SIDA. Son varias las patologías que asociadas a la TBC se reconocen como factores de riesgo para abandono. La combinación de VIH-SIDA y TBC, y la estigmatización por falta de entendimiento de la importancia de la TBC, llevan a demorar el inicio del tratamiento y a una pobre adherencia. En este estudio el presentar co-morbilidad VIH/SIDA no representa riesgo de abandono al retratamiento. OR: 3.136 (IC 95% 0.429 – 22.925). (7, 9)

Temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad. Un estudio encontró que después de la hospitalización por TBC los pacientes eran rechazados por su familia y, por lo tanto, abandonaban el tratamiento. Algunos autores hablan del rechazo de los amigos y la estigmatización como factores de riesgo para abandono. En el presente

estudio se demostró que el paciente que presenta temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad presenta 13 un mayor riesgo de abandono al retratamiento frente al paciente que no presenta este temor OR: 13.210 (IC 95% 4.493 – 38.838) (20)

4.2 Factores relacionados con el tratamiento:

Percepción de la Estrategia de PCT del establecimiento. Un factor protector para abandono del tratamiento es cuando el paciente percibe la enfermedad como grave pero curable mediante el adecuado seguimiento del tratamiento. Los pacientes que al principio del tratamiento tienen poca confianza en que van a poder cumplir con el mismo y poca creencia en su curación tienen menores tasas de curación comparados con quienes creen en la curación. En el presente estudio la percepción de la Estrategia de PCT no representa un riesgo de abandono. OR: 0.965 (IC 95%). (5, 26)

Duración del tratamiento. La duración del tratamiento se encontró asociada a pobre adherencia y fue relacionada como el obstáculo más difícil a vencer para lograr la adherencia. La investigación farmacológica apunta a encontrar medicamentos más eficaces que permitan curación en menor tiempo para propiciar adherencia. En este estudio la duración del tratamiento no representa un riesgo de abandono al retratamiento. OR: 0.00 (IC 95%). (13, 27)

Cantidad de medicamentos. El esquema recomendado como efectivo en TBC es la politerapia; está comprobado que la cantidad de medicamentos que el paciente tiene que tomar es inversamente proporcional a la adherencia al tratamiento. Sin embargo, una de las ventajas del tratamiento antiTBC es que los medicamentos se suministran en una o dos tomas diariamente. En el presente estudio la cantidad de medicamentos no fue un factor de riesgo para propiciar el abandono del tratamiento. OR: 0.00 (IC 95%). (17)

Incomodidad por inyecciones. El dolor en el sitio de aplicación de la inyección, dado por el número de dosis, ha sido señalado como factor asociado al abandono, en el presente estudio la incomodidad por las inyecciones no representa riesgo de abandono al retratamiento. OR: 2.015 (IC 95% 0.236 – 17.191). (2, 21)

Reacciones adversa a los fármacos Anti-TB (RAFA). Los efectos adversos como náusea, vómito, diarrea, cólicos, reacciones de hipersensibilidad, sobrecarga de volumen, leucopenia, trombocitopenia, hepatopatía, ictericia, nefrotoxicidad y ototoxicidad se presentan con frecuencia y en algunos casos están asociados al abandono. Un estudio hecho en Argentina encontró que la proporción de abandono por efectos secundarios fue del 30%. En el presente estudio el paciente que presenta RAFA no representa riesgo de abandono al retratamiento OR: 1.243 (IC 95% 0.471 – 3.283). (27)

4.3 Factores relacionados con ambiente.

Apoyo familiar. Si el paciente se siente aislado de su familia y sus amigos, está más propenso a abandonar el tratamiento. En un estudio se reportó que el 11% de quienes abandonaron tenían problemas de lazos y relaciones familiares que obstaculizaban el cumplimiento del tratamiento. En Colombia, un estudio reportó que no haber informado a la familia sobre la enfermedad aumentaba el riesgo de abandono diez veces, mientras que otro estudio encontró que la falta de apoyo emocional percibida por el paciente presentaba un aumento del abandono del tratamiento con un OR de 56.9 (IC 95% 3.61 – 891). La adherencia al tratamiento se asoció en forma significativa con el apoyo que los familiares dan al paciente (OR 6.9 IC 95% 2.3-21.1). En el presente estudio el apoyo familiar resultó ser un factor que promueve la adherencia al retratamiento OR: 0.053 (IC 95% 0.018 - 0.153). (4, 28)

Apoyo del entorno laboral. Las personas que trabajan por días, o quienes tienen que pedir permiso para asistir a recibir los medicamentos, corren el riesgo de perder el empleo por faltas o por incompatibilidad del horario de trabajo con el de atención en los servicios de salud. De otro lado, el desempleo es considerado factor de riesgo para abandono; en un estudio en Chile se encontró que quienes más abandonaron fueron los desempleados (12.5%) y personas con trabajo esporádico (31%), frente a 4.6% de quienes cuentan con un empleo estable. En el presente estudio el apoyo laboral fue un factor que promovió la adherencia al retratamiento OR: 0.182 (IC 95% 0.079 - 0.419). (21)

Apoyo del entorno social (círculo de amigos). Contar con una red de apoyo social se asocia como factor protector para adherencia al tratamiento. La conformación de clubes de pacientes como mecanismo de apoyo social ha demostrado mejorar la adherencia al tratamiento, en el presente estudio el apoyo del entorno social (círculo de amigos) fue un factor que promovió la adherencia al retratamiento OR: 0.105 (IC 95% 0.049 - 0.223). (19, 30)

4.4 Factores derivados de los servicios de salud.

Accesibilidad al establecimiento de salud. Algunos estudios señalan la distancia de la residencia del paciente a los servicios de salud como un factor de riesgo para el abandono del tratamiento; sin embargo. En el presente estudio la accesibilidad al establecimiento de salud no representó riesgo de abandono al retratamiento OR: 0.754 (IC 95% 0.187 - 3.046). (22)

Relación del paciente con el personal de salud. Entusiasmo y compromiso suelen ser las expectativas que el paciente de TBC tiene frente a las personas que le suministran el tratamiento. Algunos autores describieron que la no adherencia es consecuencia de la negligencia o

la incompetencia de las personas a cargo del programa. La adecuada comunicación entre el personal de salud y el paciente está descrita como un factor que determina la adherencia. En el presente estudio la adecuada relación entre el paciente y el personal de salud resulta ser un factor protector de la adherencia al tratamiento. OR: 0.071 (IC 95% 0.030 – 0.167). (2, 27)

Relación del paciente con el médico tratante. Los médicos han sido señalados como responsables del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, ya que se ha planteado que un elevado porcentaje de los pacientes son dados de alta con insuficiente planificación de sus tratamiento y escasa información sobre las características de su enfermedad, la forma de tomar los medicamentos, los posibles efectos secundarios e incluso, sobre los riesgos que pueden haber tenido sus convivientes y contactos de infectarse o enfermarse; además, el seguimiento a veces recae en médicos no habituados a manejar estos pacientes y con poca experiencia en la práctica del control de la TBC. Se afirma que incluso un protocolo bien estandarizado requiere de cierto nivel de experiencia y cumplimiento por parte de los médicos, así como de una buena habilidad para comunicarse y cooperar con el paciente. En el presente estudio la adecuada relación del paciente con el médico tratante es un factor muy importante a considerar para promover la adherencia a tratamiento y evitar el abandono. OR: 0.076 (IC 95% 0.028 – 0.210). (3, 22)

Atención y organización del establecimiento de salud. La falta de organización en los servicios de salud es señalada como factor generador de incumplimiento por las esperas prolongadas, costos de las consultas, dificultad para consecución de citas y demora en la atención. La flexibilidad en los horarios y el confort en el sitio de atención del paciente han demostrado mejorar la adherencia. En el presente estudio la adecuada atención y organización es un factor que promueve la adherencia y evita el abandono al tratamiento. OR: 0.143 (IC 95% 0.065 – 0.325). (2, 28)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

En el Distrito de la Victoria, que pertenece a la Red Lima Ciudad, el mismo que corresponde a la DISA V Lima Ciudad, área de desarrollo del estudio que busca determinar los factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, podemos concluir.

En los factores relacionados con el paciente: El consumo de alcohol, consumo de drogas, sensación de falta de eficacia del tratamiento, temor al señalamiento y rechazo cuando presentó la enfermedad, representan un alto riesgo de abandono al tratamiento lo cual es altamente peligroso por la posibilidad de diseminación de la enfermedad, sin embargo, los conocimientos sobre la enfermedad de TB, sensación de bienestar al momento del tratamiento no representa riesgo de abandono por el contrario que promueven la adherencia y evitan el abandono del retratamiento.

En los factores relacionados con el tratamiento, no se evidencian que ningún factor represente riesgo de abandono al retratamiento.

En los factores relacionados con el ambiente o entorno del paciente se evidencia que no existe ningún factor que represente riesgo de abandono al retratamiento, sin embargo el apoyo familiar, el apoyo del entorno laboral y el apoyo social (amigos) resultaron ser factores que promueven la adherencia al retratamiento y evitan el riesgo de abandono al mismo.

En los factores relacionados a los establecimientos de salud se puede afirmar que la adecuada relación del paciente con el personal de salud y la buena atención así como la adecuada organización del establecimiento de salud son factores que promuevan la adherencia al retratamiento evitándose así el riesgo de abandono.

CAPÍTULO VI.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los establecimientos de salud diseñar estrategias para disminuir el consumo de alcohol y drogas en los pacientes, con el apoyo multisectorial a través de la participación de instituciones dedicadas a estos cuidados. Capacitar adecuadamente al paciente para atenuar la sensación de falta de eficacia del tratamiento y trabajar considerando la no discriminación de los pacientes cuando se encuentran en tratamiento y de esta manera se podría disminuir la posibilidad de riesgo de abandono del retratamiento.

El establecimiento de Salud debe considerar la posibilidad de elaborar y ejecutar un plan de trabajo integral considerando las actividades que promuevan la adherencia al retratamiento e impulsar el apoyo familiar, laboral y social del paciente para promover la adherencia y evitar el riesgo de abandono al retratamiento.

Los establecimientos de salud con altas incidencia de TB como las del Distrito de la Victoria (Áreas de elevado riesgo de transmisión de TB-AERTs), cuenten con equipos locales de trabajo multidisciplinarios para el seguimiento de la adhesión al tratamiento, además programar la incorporación de la familia al equipo multidisciplinario de salud en la recuperación de la Persona Afectada de Tuberculosis (PAT).

Sensibilizar y capacitar al equipo de la Estrategia Sanitaria Local de Prevención y Control de Tuberculosis de los establecimientos de salud en relación a la importancia de sostener una adecuada relación con el paciente y mejorar la atención así como la organización del establecimiento, para orientar sus actividades al enfoque de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad; estos son estrategias muy

importantes para lograr una buena adherencia al retratamiento y empoderar a la población para evitar la transmisión de esta enfermedad a de una a otras personas.

Proporcionar a los médicos de los centros de salud la formación en salud pública, para el desarrollo de programas preventivos. Definición clara de tareas para control de TBC y promover la adherencia al retratamiento y realizar estas actividades en forma sistemática y reglada día a día, evitando de esta manera el riesgo de abandono al retratamiento.

El establecimiento de salud debe promover la interacción intersectorial, interinstitucional, Sociedad civil y organizaciones de personas viviendo con tuberculosis, que garanticen la continuidad de los procesos en todos los niveles de gestión a través de Planes Multisectoriales de Lucha contra la TB, priorizando en disminuir al abandono del retratamiento en los pacientes con TB, TB MDR, TB XDR.

Realizar abogacía en las autoridades políticas del MINSA, la DISA, la Red de Salud Lima Ciudad en el apoyo, para desarrollar proyectos de calidad de la atención que promuevan la adherencia al tratamiento en los diferentes establecimientos de la Red Lima del Distrito de la Victoria.

Sensibilizar y comprometer al Alcalde y las autoridades del Distrito de la Victoria para abordar frontalmente la lucha contra la tuberculosis realizando una inversión económica en proyectos que promuevan el fortalecimiento de la adherencia al retratamiento de las personas afectadas de Tuberculosis.

CAPÍTULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Acuña-Villaorduna C, Vassall A, Henostroza G, Seas C, Guerra H, Vasquez L, et al. Cost-effectiveness analysis of introduction of rapid, alternative methods to identify multidrug-resistant tuberculosis in middle-income countries. *Clin Infect Dis*. 2008;47:487–95.
2. Anibarro L, Lires JA, Iglesias F, Vilariño C, Baloria A, de Lis JM et al. Factores sociales de riesgo para la falta de cumplimiento terapéutico en pacientes con tuberculosis en Pontevedra. *Gac Sanit*. 2004;18(1):38–44.
3. Asencios L, Yale G, Yagui M, Quispe N, Taylor A, Blaya J, et al. Programmatic implementation of rapid DST for *Mycobacterium tuberculosis* in Peru. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12:743–9.
4. Baral S, Karki D, Newell J. Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2007;7(211):1–10.
5. Cambanis A, Yassin MA, Ramsay A, Squire SB, Arbide I, Cuevas LE. Rural poverty and delayed presentation to tuberculosis services in Ethiopia. *Trop Med Int Health*. 2005;10: 330–5.
6. CAMINERO LUNA, Jose A.: "Guia de la Tuberculosis para Médicos Especialistas" Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. (UICTER), París - Francia. Febrero 2003.

7. Clendenes, M., H.O. Jave, E Ticona, F Salazar. Risk factors of multidrug resistant TB in HIV patients of a developing country. Abst. Int Journ Tuberc Lung Dis Nov 2001;5(11)(Suppl 1):S158.
8. Coalición Antituberculosa para la Asistencia Técnica. Normas internacionales para la asistencia antituberculosa. La Haya: Coalición Antituberculosa para la Asistencia Técnica; 2006.
9. Fisher-Hoch SP, Whitney E, McCormick JB, Crespo G, Smith B, Rahbar MH, et al. Type 2 diabetes and multidrug-resistant tuberculosis. Scand J Infect Dis. 2008;40:888–93.
10. FUNDAMENTOS DE MEDICINA: Enfermedades Infecciosas : Corporación para investigaciones biológicas. Medellin, Colombia. 2006
11. HARRISON. T. R., " Principios de Medicina Interna", Mc Graw-hill Interamericana de España, S. A. U 2004.
12. Jave, H.O., T Castilla, A Perez. Multidrugresistant tuberculosis among new patients at the moment of failure. Abst. Intern Journ Tuberc % Lung Dis Nov 2001;5(11): S203.
13. Martin A, Panaiotov S, Portaels F, Hoffner S, Palomino JC, Angeby K. The nitrate reductase assay for the rapid detection of isoniazid and rifampicin resistance in *Mycobacterium tuberculosis*: a systematic review and meta-analysis. J Antimicrob Chemother. 2008;62:56–64.
14. MINISTERIO DE SALUD: "Prevalencia y Riesgo anual de infección por tuberculosis en escolares de Colegios de Lima - Callao y provincias." Informe 1997 - 1998. Lima - Perú 2000.

15. MINISTERIO DE SALUD: Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el control de la Tuberculosis en el Perú. Lima - Perú Mayo 2006
16. MINISTERIO DE SALUD: "Tuberculosis en el Perú" Informe 2006. Lima - Perú Mayo del 2007.
17. Mitnick, C., J Bayona, Eda Palacios, et al. Community-based therapy for multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru. N Engl J Med 2003;348:119-28.
18. Muñoz D, Ríos G, Villalva C, Muñoz S. Factores asociados al diagnóstico tardío de pacientes con tuberculosis pulmonar en Lima Este, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2004;21(1):18–22.
19. OLIVEIRA HB, MOREIRA DC. Abandono de tratamento e recidiva da tuberculose: aspectos de episódios previos, Campinas, SP, Brasil, 1993-1994. Rev Saúde Publica 2000; 34:437-43.
20. OPS. EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LAS AMÉRICAS: Perfil de los países, 2000. Washington, OPS, 2001.
21. OROZCO LC, HERNÁNDEZ R, de USTA CY, CERRA M, CAMARGO D. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Médicas UIS 1998; 12:169-72.
22. PABLOS A, CNIRSCH CA, BARR RG, LERNER BH, FRIEDEN TR. Nonadherence in tuberculosis treatment: Predictors and consequences in New York City. Am J Med 1997; 102:164-70.
23. ¿QUÉ ES LA ESTRATEGIA DOTS/TAES? Guía para comprender la estrategia de lucha antituberculosa recomendada por la OMS y conocida como estrategia DOTS/TAES. Ginebra, OMS, 1999.

24. SERVICIO DE MEDICINAS PRO-VIDA: "Manual de Terapéutica Médica" para prescriptores del primer nivel de atención. Lima - Perú 1998.
25. Solis LA, Shin SS, Han LL, Llanos F, Stowell M, Sloutsky A. Validation of a rapid method for detection of *M. tuberculosis* resistance to isoniazid and rifampin in Lima, Peru. Int J Tuberc Lung Dis. 2005;9:760–4.
26. SUMARTOJO EM, GEITER LJ, MILLER B, HALE BE. Can physicians treat tuberculosis? Report on a national survey of physicians practices. Am J Public Health 1997; 87:2008-11.
27. TROIANO S, FORCINITI S, RODRÍGUEZ P. Abandono de tratamiento de pacientes con tuberculosis. Rev Arg Tórax 1999; 60:58-63.
28. REPÚBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. El Ministerio, Bogotá, Colombia, año 2008.
29. Shin SS, Yagui M, Ascencios L, Yale G, Suarez C, Quispe N, et al. Scale-up of multidrug-resistant tuberculosis laboratory services, Peru. Emerg Infect Dis. 2008;14:701–8.
30. Valencia S, Moscovici S. Representaciones sociales: alteridad, epistemología y movimientos sociales. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2006.
31. VALLENAS BEJAR, SANDRA: Estudio Socioantropológico de la Tuberculosis e dos zonas de alto riesgo en Lima: San Cosme y el Agustino. En "Vivir la Tuberculosis" . Lima Perú Marzo 2001.

32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO report on the tuberculosis epidemic. Geneva, WHO, 2006: 45.
33. World Health Organization. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth Global Report. The WHO/IUATLD Global Project on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance: 2002–2007 [2010 Jun 17].
34. Yagui M, Perales MT, Asencios L, Vergara L, Suarez C, Yale G, et al. Timely diagnosis of MDR-TB under program conditions: is rapid drug susceptibility testing sufficient? Int J Tuberc Lung Dis. 2006; 10:838–43.

ANEXOS

ANEXO A: Encuesta factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento antituberculoso pacientes en retratamiento.

ANEXO B: Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)



MAESTRIA DE SALUD PÚBLICA
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABANDONO DEL
TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES EN
RETRATAMIENTO.

Siglas:..... Edad..... Sexo: Grado de instrucción:

Estado Civil: Vivienda: Dirección:.....

Las preguntas están orientadas al momento en que el paciente se encontraba en tratamiento

Factores relacionados con el paciente:

1. ¿Consumió Ud. Alcohol por lo menos una vez por semana?

Si..... No.....

2. ¿Consumió Ud. Drogas?

Si..... No.....

3. ¿Presenta Ud una Enfermedad Asociada?

Si..... No.....

4. ¿Tenía ud. conocimientos sobre la enfermedad de TBC?

Si..... No.....

5. ¿Cuántos esquemas anteriores de TBC le administraron a Ud.?

1..... 2.....

3..... 4.....

6. ¿Presentó Ud. sensación de bienestar al momento del tratamiento?

Si..... No.....

7. ¿Percibió Ud. sensación de falta de eficacia durante el Tratamiento?

Si..... No.....

8. ¿Presentó Ud. Co-morbilidad VIH/SIDA?

Si..... No.....

9. ¿Presentó Ud. temor al señalamiento y rechazo cuando presento la enfermedad.

Si..... No.....

10. ¿Cual fue su percepción de la Estrategia de PCT del establecimiento?

Buena..... Regular..... Mala.....

Factores relacionados con el tratamiento:

11. ¿Considera Ud. que la duración del tratamiento es prolongado?

Si..... No.....

12. ¿Consideró Ud. que la cantidad de medicamentos es demasiado?

Si..... No.....

13. ¿Presentó Ud. demasiada incomodidad por las inyecciones?

Si..... No.....

14. ¿Presentó Ud. Reacciones adversas a fármacos Anti-TB (RAFA)?

Si..... No.....

Factores relacionados con ambiente.

15. ¿Tenía Ud. apoyo familiar cuando presentó la enfermedad?

Si..... No.....

16. ¿Tenía Ud. apoyo laboral cuando presentó la enfermedad?

Si..... No.....

17. ¿Tenía Ud. apoyo social (amigos) cuando presentó la enfermedad?

Si..... No.....

Factores derivados de los servicios de salud.

18. ¿Tenía Ud. posibilidad de acudir al Centro de salud?

Si..... No.....

19. ¿Tenía Ud. una adecuada relación con el personal de salud del Centro de Salud?

Si..... No.....

20. ¿Tenía Ud. una adecuada relación con el Médico tratante del Centro de Salud?

Si..... No.....

21. ¿Consideró Ud. que la organización del Centro de Salud era adecuada?.

Si..... No.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PACIENTES CON RETRATAMIENTO.

Nombre del Investigador : Dr. Wilfredo Vargas Onofre.
Teléfono : 989202861.
Institución : Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Usted esta siendo invitado a participar de manera voluntaria en el presente estudio de investigación conducido por el Dr. Wilfredo Vargas Onofre en la Institución arriba indicada. Le solicitamos que lea completamente este documento y haga todas las preguntas que desee antes de decidir si va a participar en este estudio. Es posible que no entienda algunas palabras contenidas en este consentimiento, por favor pregunte al autor del estudio lo que no le haya quedado claro.

Resumen.

La Tuberculosis está incrementándose en nuestro país por muchas razones. A pesar de los importantes logros del Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT) a nivel nacional, existe preocupación por las áreas con altas tasa de TBC, una de ellas es la DISA Lima Ciudad: Red Lima (EESS Distrito La Victoria). En la cual una característica encontrada en algunos enfermos con tuberculosis, es la renuencia para atenderse en los servicios de salud o en la irregularidad en el tratamiento, lo que muchas veces termina en el ABANDONO del mismo. Por lo tanto el abandono al tratamiento antituberculoso, es un hecho muy grave, por que este paciente estará diseminando la enfermedad en su entorno familiar y social, la gravedad se incrementa aún más si se encuentra en un esquema de retratamiento. Es por esta razones el presente documento busca saber si podemos contar con su participación a fin de determinar los factores que están asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento, para contribuir a disminuir las tasas de abandono, incrementar la eficiencia del retratamiento antituberculoso y disminuir los riesgos en la Salud Pública.

Procedimientos.

Al participar en esta investigación se le aplicará un cuestionario con una serie de preguntas. Todas las respuestas serán mantenidas en absoluta reserva y si Ud. considera que alguna de las preguntas atenta contra su intimidad, puede rehusarse a contestar,

Riesgos.

Su participación en esta investigación no implicará mayores riesgos.

Beneficios.

Su participación estaría permitiendo conocer mejor el problema en estudio y así proponerse a diseñar estrategias que nos permita disminuir el abandono al tratamiento antituberculoso en pacientes en retratamiento.

Confidencialidad.

Usted tiene derecho a su privacidad y toda información obtenida en esta investigación deberá mantenerse en estricta confidencialidad y dentro de las leyes nacionales. Su nombre no podrá ser revelado en ninguna publicación que resulte de esta investigación. Usted recibirá una copia de esta declaración de consentimiento para su propia información.

Declaración del voluntario.

Yo, el que firma, de manera voluntaria consiento participar en este estudio de investigación y entiendo que todas mis preguntas han sido contestadas y en cualquier momento, para cualquier aclaración podría contactarme personalmente con el Dr. Wilfredo Vargas Onofre en la unidad de Post grado de la Universidad nacional mayor de San marcos o llamarlo al teléfono 989202861. Entiendo que este proyecto ha sido aprobado por el comité de Ética en investigación Biomédica del hospital Dos de Mayo que vela por los derechos del paciente sujeto a una investigación y si tengo alguna pregunta en relación a mis derechos podré contactarme con el presidente del Comité de Ética Dr. Edwin Ramírez Rodríguez. Médico Cirujano al teléfono 3280028 anexo 8234.

Acepto participar de manera voluntaria en esta Investigación.

-----	-----	-----
Nombre del Paciente	Firma	Fecha
-----	-----	-----
Nombre del Investigador	Firma	Fecha